**OFERTA**

**do naboru partnera w celu wspólnej realizacji projektu**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tytuł projektu, którego dotyczy oferta:** | | | | | | |
| **Pełna nazwa i adres podmiotu *(zgodna z aktualnym wypisem z rejestru sądowego lub innego)*:** | | | | | | |
|  | |  | |  | |  |
| Miejscowość | | Ulica | | Nr posesji | | Kod pocztowy |
|  | |  | |  | |  |
| Gmina | | Powiat | | Województwo | | Nr kierunkowy |
|  | |  | |  | |  |
| Nr telefonu | | Nr faksu | | Adres witryny | | e-mail |
| Osoba(y) upoważniona do reprezentacji podmiotu i zaciągania zobowiązań finansowych: | | | | | | |
| *Osoba upoważniona do kontaktu w sprawie oferty:* | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Telefon(y): |  | | e-mail: | |  | |

**Informacje o podmiocie**

|  |  |
| --- | --- |
| Status prawny | Nr rejestru sądowego(KRS) |
|  |  |
| Data wpisu do rejestru sądowego | Organ założycielski |
|  |  |
| Regon | NIP |
|  |  |

**1. Prowadzenie udokumentowanej działalności na rzecz osób z niepełnosprawnościami przez okres co najmniej 5 lat:**

|  |
| --- |
|  |

**2. Doświadczenie w realizacji lub współrealizacji co najmniej 3 projektów dotyczących zadań z zakresu rehabilitacji społecznej i/lub zawodowej osób niepełnosprawnych, w tym co najmniej dwóch projektów, w których miało miejsce praktyczne wykorzystanie Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF):**

Nazwa projektu

Okres realizacji

Partnerzy

Kwota i źródło finansowania

Opis projektu: cel, działania, rezultaty

Rola Oferenta w realizacji projektu

|  |
| --- |
|  |

**3. Doświadczenie w zakresie opracowania i publikacji artykułów dotyczących problematyki osób niepełnosprawnych w czasopismach specjalistycznych/branżowych znajdujących się w wykazie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w części A i części B (minimum 10) oraz publikacje w formie wydawnictw książkowych z ISBN (minimum 3):**

Autor(-rzy)

Tytuł

Rok wydania

W odniesieniu do publikacji w czasopismach: Nazwa czasopisma, numer/rok wydania

|  |
| --- |
|  |

**4. Opis koncepcji udziału w projekcie, z uwzględnieniem w szczególności propozycji realizacji odpowiednich działań merytorycznych (zadań) opisanych w punkcie II. Zakres tematyczny partnerstwa, zawartych w poszczególnych kamieniach milowych, wraz z propozycją działań w obszarze zarządzania i monitoringu prowadzonych działań oraz szacunkowym kosztem realizacji proponowanych działań**

|  |
| --- |
|  |

### 5. Wykaz osób stanowiących potencjał osobowy Oferenta – kierownika oraz ekspertów-członków zespołu merytorycznego wraz z informacjami na temat ich specjalizacji, kwalifikacji zawodowych oraz doświadczenia zawodowego

|  |
| --- |
|  |

**6. Opis proponowanego wkładu w realizację projektu w postaci zasobów technicznych**

|  |
| --- |
|  |

Oświadczam, że wszystkie podane w niniejszej ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

.............................................................................

(imię i nazwisko oraz podpis upoważnionego przedstawiciela Oferenta)

..................................................

(miejscowość, data)

**OŚWIADCZENIA I DEKALRACJA OFERENTA**

1. Oświadczam, iż podmiot składający zgłoszenie nie jest podmiotem powiązanym w rozumieniu załącznika I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014, str. 1).
2. Oświadczam, że podmiot składający zgłoszenie nie jest wykluczony z możliwości otrzymania dofinansowania.
3. Oświadczam, że żadna z osób reprezentujących podmiot nie była prawomocnie skazana za przestępstwa określone w art. 229 lub art. 230a ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.).

…………………………………..……………………………

(imię i nazwisko oraz podpis upoważnionego przedstawiciela Oferenta)

W imieniu podmiotu składającego zgłoszenie deklaruję gotowość współpracy z PFRON oraz ZUS w trakcie przygotowania projektu oraz podczas jego realizacji.

…………………………………..……………………………

(imię i nazwisko oraz podpis upoważnionego przedstawiciela Oferenta)

**ZAŁĄCZNIKI**

1. Aktualny odpis z właściwego rejestru (np. KRS, CEIDG) lub odpowiednio wyciąg z właściwej ewidencji potwierdzający formę organizacyjno – prawną podmiotu, osoby uprawnione do reprezentowania i zasady reprezentacji podmiotu.
2. Aktualne zaświadczenie wydane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych potwierdzające, że oferent nie zalega z opłaceniem składek na ubezpieczenie społeczne.
3. Aktualne zaświadczenie wydane przez Urząd Skarbowy potwierdzające, że oferent nie zalega z opłacaniem podatków i opłat.